

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ У ДЕТЕЙ С РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

В.В.Бурмыкин, Я.С.Михеев
Тула, Россия

Ротавирусный гастроэнтерит - острое инфекционное заболевание, вызываемое патогенными для человека ротавирусами. Клинически заболевание протекает с симптомами гастроэнтерита, обезвоживания; изменением слизистой оболочки ротоглотки, кратковременной лихорадкой.

Нами было обследовано 135 больных детей с диагнозом: острый ротавирусный гастроэнтерит. Ротавирусный гастроэнтерит имеет циклическое течение, как и любая другая инфекционная болезнь. Как выяснилось в результате наших исследований инкубационный период длится чаще всего 2-3 сут. Острый период болезни продолжается 3-4 сут., при этом на начальную фазу приходится 12-24 ч, а на фазу разгара 2-3сут. На 4-7 сутки наступает период реконвалесценции. Тяжесть инфекционного процесса оценивалась по степени дегидратации, и выраженности интоксикации: лёгкая, средней степени тяжести и тяжёлая.

Ротавирусный гастроэнтерит характеризовался острым началом заболевания, включающим в себя триаду признаков: диарея, лихорадка, рвота.

Диарея – постоянный симптом болезни, встречался у 100 % больных детей. Позывы к дефекации возникали внезапно и носили императивный характер, они сопровождалась громким урчанием и болью в животе. После дефекации больные испытывали облегчение. Испражнения были обильными, водянистыми, пенистыми, жёлтого цвета, с резким кислым запахом у 76 % обследованных детей. У больных с токсикозом – дегидратацией 2 степени частота стула достигала до 15 раз в сутки. У больных с лёгким течением ротавирусного гастроэнтерита стул имел вид густой кашицы с частотой до 5 раз в сутки.

Рвота возникала у 75 % больных. Обычно одновременно с поносом или чуть раньше. Она характерна и для более тяжёлого течения заболевания. Рвота повторялась 3-4 раза и прекращалась обычно в течение первых суток. Рвотные массы обильные содержали примесь пищи и слизи. Тошнота отмечалась чаще, чем рвота, в 83 % случаев и не всегда ей предшествовала.

Больные часто жаловались на боли в животе, которые, как правило, локализовались в эпигастральной области, а так же на диспепсические явления. Слабая постоянная боль наблюдалась чаще, чем сильная схваткообразная, отмечаемая у 72 % больных детей.

Помимо симптомов поражения желудочно кишечного тракта, для ротавирусной инфекции в начальной стадии острого периода характерными были симптомы общей интоксикации. Наиболее постоянно наблюдалось чувство резкой слабости, адинамии. Больные не в силах были справиться с обычной физической нагрузкой. Головная боль наблюдалась у половины больных, и иногда сочеталась с обморочным состоянием у 5 % больных.

Повышение температуры тела у детей наблюдалось постоянно, в пределах 38-39°C на протяжении первых трёх суток. В более тяжёлых случаях при токсикозе- дегидратации 2 степени выявлялось повышение температуры до 40 °C у 36 % обследованных. Может быть познабливание, обычно не связанное с повышением температуры.

При осмотре больных важные симптомы выявлялись на слизистой оболочке мягкого нёба, нёбных дужек, язычка, которые были гиперемированы, иногда с элементами зернистости. Выраженность катаральных изменений слизистой

оболочки зева прямо зависели от тяжести состояния больного ребёнка. Зернистость и гиперемия исчезали постепенно, в течение 3-4 дней от начала заболевания. Кроме того, у детей могли отмечаться признаки ринита, диффузная гиперемия барабанной перепонки, незначительная гиперемия конъюнктив и инъекция сосудов склер.

Язык больных с ротавирусной инфекцией обычно был слегка обложенным, суховатым. Живот при пальпации передней брюшной стенки был мягким умеренно болезненным в околопупочной, эпигастральной, подвздошной областях. При пальпации у 59 % больных отмечалось громкое урчание в области проекции слепой кишки, реже – сигмовидной.

Увеличения печени и селезёнки у детей с острой ротавирусной инфекцией не наблюдалось.

Таким образом, клинические проявления острого ротавирусного гастроэнтерита у детей прямо коррелировали с выраженностью эксикоза, токсикоза и зависели от длительности течения заболевания, а так же индивидуальных особенностей иммунной системы больных детей.